

## Chương trình LaMOMS của Bang Louisiana

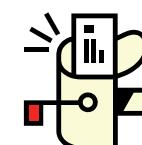
**LaMOMs là một dịch vụ bảo hiểm y tế miễn phí cho phụ nữ đang mang thai, được cung cấp qua chương trình Medicaid của bang Louisiana.**

### Cách thức xin bảo hiểm

① Internet – [www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov](http://www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov)

② Thư tín – Gửi đơn xin bảo hiểm và tài liệu chứng minh tới:

**LaMOMS  
P.O. Box 91278  
Baton Rouge, LA  
70821-9278**



③ Fax – Fax đơn xin bảo hiểm và tài liệu chứng minh tới số 1-877-523-2987 (miễn phí).

④ **Gửi trực tiếp** – Gửi trực tiếp đơn xin bảo hiểm và tài liệu chứng minh của quý vị tới văn phòng Medicaid địa phương. Gọi số 1-888-342-6207 để biết văn phòng Medicaid gần nhất hoặc ghé thăm trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ [www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov](http://www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov).

## Chúng tôi nhìn vào thu nhập của Gia đình quý vị

Chúng tôi tính tổng thu nhập trước khi trừ thuế, chứ không phải số tiền lanh vê. Các giới hạn thu nhập dựa trên số người trong gia đình. Gia đình quý vị bao gồm quý vị (người mang thai), chồng quý vị (nếu kết hôn hợp pháp), trẻ nhỏ dưới 18 tuổi, và em bé chưa sinh.

Nếu thu nhập của quý vị hơn số cho trong bảng dưới đây, quý vị có thể vẫn hội đủ điều kiện, bởi chúng tôi chấp nhận các khoản khấu trừ như:

- ✓ Chi trả hỗ trợ chăm sóc trẻ cho người khác **ngoài** gia đình quý vị
- ✓ \$90 với mỗi một người đi làm
- ✓ Chi trả dịch vụ trông trẻ: Lên tới \$200 đối với trẻ dưới 2 tuổi, \$175 cho trẻ trên 2 tuổi
- ✓ Lên tới \$50 cho khoản cấp dưỡng nuôi con **được nhận**

Số người trong Gia đình	Tổng Thu Nhập tối 31 tháng 3 năm 2011	Thu nhập hàng tháng
	Thu nhập Hàng tuần	
<b>2</b>	\$607	\$2,429
<b>3</b>	\$763	\$2,934
<b>4</b>	\$919	\$3,675
<b>5</b>	\$1,075	\$4,299
<b>6</b>	\$1,231	\$4,922
<b>7</b>	\$1,386	\$5,545
<b>8</b>	\$1,542	\$6,169

Cứ thêm một người thì Cộng thêm \$600 vào tổng thu nhập hàng tháng

## Sau khi quý vị nộp đơn xin bảo hiểm

Chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết quý vị có hội đủ điều kiện hay không. Nếu quý vị hội đủ điều kiện, quý vị sẽ nhận được thẻ Medicaid trong vòng 2 tuần sau khi nhận được thư chấp thuận. Nếu quý vị đã có thẻ Medicaid, chúng tôi sẽ tái kích hoạt thẻ và quý vị có thể bắt đầu sử dụng lại ngay sau khi nhận được thư chấp thuận.

## Quí vị tự chọn bác sĩ cho mình

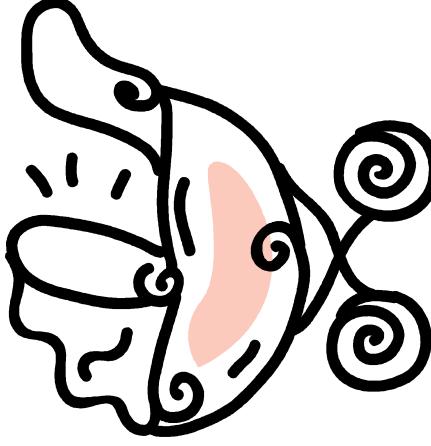
Quí vị có thể nhận sự chăm sóc từ bất cứ bác sĩ nào chấp nhận Medicaid. Để có danh sách các bác sĩ trong khu vực, gọi số 1-877-455-9955. Cuộc gọi được miễn phí.

### Giúp đỡ với Các Hóa Đơn Y Tế Cũ

Chúng tôi có thể xem xét liệu quý vị hội đủ điều kiện để LaMOMS chi trả phí các dịch vụ y tế mà quý vị nhận được trong quá trình thai sản hay không, ngay kể cả khi quý vị đã trả hóa đơn.

### Trợ giúp thêm

“Partners for Healthy Babies” (*Hợp Tác Vì Trẻ Sơ Sinh Khỏe Mạnh*) là một dự án của Văn Phòng Y Tế Công Công bang Louisiana. Họ có thể cung cấp những thông tin về quá trình thai sản của quý vị và cho quý vị biết thêm về các dịch vụ hiện sẵn có. Gọi đến chương trình “Partners for Healthy Babies” theo số 1-800-251-BABY (251-2229). Cuộc gọi được miễn phí.



## Bảo hiểm Y tế Khác

Quí vị có thể có đồng thời bảo hiểm y tế tư nhân lẫn LaMOMS. Để nhận được các phúc lợi của LaMOMS, bác sĩ mà quý vị chọn phải chấp nhận đồng thời LaMOMS hoặc Medicaid và bảo hiểm khác của quý vị. Bảo hiểm khác của quý vị sẽ bao trả trước; sau đó chúng tôi sẽ trả.

Nếu quý vị có hoặc có thể lấy bảo hiểm qua việc làm, Medicaid có thể giúp trả phí bảo hiểm. Gọi 1-866-362-5253 hoặc lên trang mạng tại địa chỉ [www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov](http://www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov) để biết thêm thông tin.

## Quyền Lợi của Quý Vị

Nếu quý vị nhận thấy quyết định của chúng tôi không công bằng, không chính xác hoặc được thực hiện quá muộn, quý vị có thể cầu điều trần.

Nếu quý vị có câu hỏi hay cần giúp đỡ về việc điện đon xin bão hiềm hoặc lấy các tài liệu mà chúng tôi yêu cầu, hãy gọi theo số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị bị khiếm thính và cần sử dụng điện văn TTY, gọi số **1-800-220-5404**. Các cuộc gọi được miễn phí.

★ Gọi tới văn phòng Medicaid theo số  
1-888-342-6207; HOẶC

★ Viết thư tới:

Bureau of Appeals (Phòng kháng cáo),  
Bộ Dịch Vụ Y Tế và Con Người (DHH)  
Louisiana

P.O. Box 4183

Baton Rouge, LA 70821-4183; HOẶC

★ Gọi điện hoặc viết thư tới văn phòng  
Medicaid địa phương quý vị

Medicaid/LaMOMS không thể phân biệt đối xử với quý vị căn cứ theo sắc tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, quốc tịch hoặc quan điểm chính trị của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi có làm vậy, quý vị có thể:

★ Gọi tới Văn Phòng Dân Quyền Khu Vực,  
Bộ Dịch Vụ Y Tế & Con Người (DHHS),  
của Hoa Kỳ ở Dallas, Texas theo số  
1-800-368-1019; HOẶC

★ Viết thư tới:  
LA Dept. of Health & Hospitals  
(Bộ Y Tế & Bệnh Viện Louisiana)  
P.O. Box 4818

Baton Rouge, LA 70821-4818; HOẶC  
★ Gọi điện hoặc viết thư tới văn phòng  
Medicaid địa phương quý vị

## LaMOMS là một Chương Trình Cơ Hội Bình Đẳng

This public document was published at a total cost of \$1,607.63. Two thousand (2,000) copies of this public document were published in this first printing at a cost of \$1,607.63. The total cost of all printings of this document, including reprints, is \$1,607.63. This document was published by Office of State Printing, 950 Brickyard Lane, Baton Rouge, LA 70804 to advise applicants, recipients and other individuals of LaMOMS coverage available through the Medicaid Program under authority of 42 CFR 435.905 (a)(1) and Act 128 of the 1998 1st Extraordinary Session of the Louisiana Legislature. This material was printed in accordance with the standards for printing by state agencies established pursuant to R.S. 43:31. Printing of this material was purchased in accordance with provisions of Title 43 of the Louisiana Revised Statutes.

BHSP Form 1-PW Cover (Vietnamese)  
Rev. 04/10 (English 04/10)  
Mẫu Trước đây đã Bỏ



LOUISIANA

Department of

HEALTH and

HOSPITALS

Làm đơn trực tuyến tại  
[www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov](http://www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov)

1-888-342-6207

Đơn xin bão hiềm



¿Necesita traductor de  
español? Llame al  
**1-877-252-2447.**

Quí vị có cần thông dịch viên  
người Việt không? Nếu cần xin  
gọi số **1-877-252-2447.**

Giúp Đỡ Phụ Nữ Đang  
Mang Thai Sinh Ra Em Bé  
Khỏe Mạnh Hơn

# Đơn xin bảo hiểm

Dùng đơn này để xin bảo hiểm của LaMOMS hoặc Medicaid dành cho phụ nữ đang mang thai. Quý vị có thể xin bảo hiểm trực tuyến tại địa chỉ trang mạng [www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov](http://www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov).

## Để xin bảo hiểm, quý vị cần:

1. Đienia vào đơn này bằng bút mực đen.
2. Chuẩn bị tài liệu chứng minh cần thiết do chúng tôi yêu cầu.
3. Gửi đơn này cùng tài liệu chứng minh cho chúng tôi ngay.

Chúng tôi sẽ cho quý vị thêm thời gian để gửi các tài liệu chứng nhận nếu quý vị cần.

LaMOMS  
P.O. Box 91278  
Baton Rouge, LA 70821-9278  
FAX: 1-877-523-2987

Ngôn ngữ nào quý vị nói tốt nhất?  Tiếng Anh  Tiếng Tây Ban Nha  Tiếng Việt  Ngôn ngữ khác (nêu ra) \_\_\_\_\_  
Ngôn ngữ nào quý vị viết tốt nhất?  Tiếng Anh  Tiếng Tây Ban Nha  Tiếng Việt  Ngôn ngữ khác (nêu ra) \_\_\_\_\_

Si usted quiere una solicitud en español o quiere hablar con alguien que habla español, llame al 1-877-252-2447.  
Nếu quý vị cần đơn tiếng Việt hoặc tham khảo với nhân viên người Việt, Xin gọi số điện thoại miễn phí 1-877-252-2447.

## 1. Quý vị nhận mẫu đơn này ở đâu?

- Văn phòng của LaMOMS/Medicaid  Bệnh viện  Nhà thuốc tây  Phòng mạch bác sĩ  Bạn bè/Người thân  Internet  Trường y  Văn phòng Phiếu Thực Phẩm  Phòng y tế  Doanh nghiệp (Cửa hàng, công ty)  Lễ hội/Hội chợ y tế  Nơi khác: \_\_\_\_\_

## 2. Thông tin về bản thân bạn (người mang thai muốn xin bảo hiểm)

Họ tên \_\_\_\_\_  
Tên \_\_\_\_\_  
Tên lót viết tắt \_\_\_\_\_  
Họ \_\_\_\_\_  
Tên trước kết hôn \_\_\_\_\_

Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_  
Ngày sinh \_\_\_\_\_  
Tháng \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_ Năm \_\_\_\_\_

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quý vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô):  Người da Trắng  Người da Đen  Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin  Người châu Á  Người da đỏ hoặc Alaska  Người bản xứ Hawaii hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Nơi sinh: Bang (nếu sinh tại Hoa Kỳ.) \_\_\_\_\_ Quốc gia (nếu không sinh tại Hoa Kỳ.) \_\_\_\_\_

Tên trước kết hôn của mẹ \_\_\_\_\_

Quý vị là công dân Hoa Kỳ?  Có – Sang Câu hỏi 3  Không – Điền xuống dưới đây

Quý vị có phải là thường trú nhân hợp pháp của Hoa Kỳ?  Có  Không

Ngày nhập cảnh vào Hoa Kỳ. \_\_\_\_\_

Số thẻ Thường Trú Nhân (thẻ xanh): A \_\_\_\_\_

## 3. Cách thức liên lạc với quý vị

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_ Số căn hộ/Lô # \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Bang \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Địa chỉ nhà (nếu khác) \_\_\_\_\_ Số căn hộ/Lô # \_\_\_\_\_

Thành phố \_\_\_\_\_ Bang \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Quận \_\_\_\_\_ Số điện thoại nhà (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Số điện thoại di động (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Số điện thoại ban ngày (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Địa chỉ hòm thư điện tử \_\_\_\_\_

**Nếu câu hỏi – Quay số 1-888-342-6207 (gọi miễn phí)  
(Điện văn TTY dành cho người khiếm thính : 1-800-220-5404)**

4. **Quí vị nghĩ mình sẽ sinh con vào ngày nào ?** \_\_\_\_\_  
**Quí vị đang mang thai nhiều hơn một cháu bé?  Có  Không**
5. **Cung cấp cho chúng tôi thông tin về người chồng hợp pháp đang chung sống cùng quí vị.  
 Nếu quí vị dưới 18 tuổi, ghi rõ tên bố và mẹ hiện sống cùng quí vị.  Không có – Sang Câu hỏi 6 **Không ghi bố mẹ kế.****

**Người #1**

Họ tên \_\_\_\_\_  Nam  Nữ  
 Ngày sinh \_\_\_\_\_  
Tên Tên lót viết tắt Họ  
Tháng Ngày Năm Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quí vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô):  Người da Trắng  Người da Đen  Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin  Người châu Á  Người da đỏ hoặc Alaska  Người bản xứ Hawaii hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Quan hệ với quí vị:  Chồng  Bố (Mẹ)

**Người #2**

Họ tên \_\_\_\_\_  Nam  Nữ  
 Ngày sinh \_\_\_\_\_  
Tên Tên lót viết tắt Họ  
Tháng Ngày Năm Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quí vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô):  Người da Trắng  Người da Đen  Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin  Người châu Á  Người da đỏ hoặc người bản xứ Alaska  Người bản xứ Hawaii hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Quan hệ với quí vị:  Chồng  Bố (Mẹ)

**6. Liệt kê TẤT CẢ trẻ em dưới 19 tuổi sống cùng quí vị.  Không có – Sang Câu hỏi 7**

**Nếu quí vị dưới 18 tuổi, liệt kê các anh chị em của quí vị dưới 19 tuổi. Nếu có hơn 4 người, dùng một tờ giấy riêng để viết.**

**A.** Họ tên \_\_\_\_\_  Nam  Nữ  
 Ngày sinh \_\_\_\_\_  
Tên Tên lót viết tắt Họ  
Tháng Ngày Năm Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quí vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô):  Người da Trắng  Người da Đen  Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin  Người châu Á  Người da đỏ hoặc Alaska  Người bản xứ Hawaii hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Quan hệ với quí vị:  Con  Con riêng của chồng  Anh/chị em  Khác: \_\_\_\_\_

**B.** Họ tên \_\_\_\_\_  Nam  Nữ  
 Ngày sinh \_\_\_\_\_  
Tên Tên lót viết tắt Họ  
Tháng Ngày Năm Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quí vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô):  Người da Trắng  Người da Đen  Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin  Người châu Á  Người da đỏ hoặc Alaska  Người bản xứ Hawaii hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Quan hệ với quí vị:  Con  Con riêng của chồng  Anh/chị em  Khác: \_\_\_\_\_

**C.** Họ tên \_\_\_\_\_  Nam  Nữ  
 Ngày sinh \_\_\_\_\_  
Tên Tên lót viết tắt Họ  
Tháng Ngày Năm Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quí vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô):  Người da Trắng  Người da Đen  Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin  Người châu Á  Người da đỏ hoặc Alaska  Người bản xứ Hawaii hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Quan hệ với quí vị:  Con  Con riêng của chồng  Anh/chị em  Khác: \_\_\_\_\_

**D.** Họ tên \_\_\_\_\_  Nam  Nữ  
 Ngày sinh \_\_\_\_\_  
Tên Tên lót viết tắt Họ  
Tháng Ngày Năm Số An Sinh Xã Hội \_\_\_\_\_

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quí vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô):  Người da Trắng  Người da Đen  Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin  Người châu Á  Người da đỏ hoặc Alaska  Người bản xứ Hawaii hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Quan hệ với quí vị:  Con  Con riêng của chồng  Anh/chị em  Khác: \_\_\_\_\_

7. Có ai đang làm việc không?  Có – Điền dưới đây  Không – Sang Câu hỏi 8

**Cho chúng tôi biết về mức lương hoặc tiền mặt nhận được từ việc làm, tự làm chủ và về số tiền thường quý vị và chồng nhận được. Nếu quý vị dưới 19 tuổi, cho chúng tôi biết thông tin về bố mẹ quý vị (không nêu bố mẹ kế).**

Ai làm việc?	Tên sở làm thuê quý vị  Số điện thoại tại sở làm  <input type="checkbox"/> Tự làm chủ	Nhận được bao nhiêu (tính tổng thu nhập trước khi trừ thuế)?  \$ _____  Kỳ lãnh tiền? <input type="checkbox"/> hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng	Có cung cấp bảo hiểm không?  <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Ai làm việc?	Tên sở làm thuê quý vị  Số điện thoại tại sở làm  <input type="checkbox"/> Tự làm chủ	Nhận được bao nhiêu (tính tổng thu nhập trước khi trừ thuế)?  \$ _____  Kỳ lãnh tiền? <input type="checkbox"/> hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng	Có cung cấp bảo hiểm không?  <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

8. Cô/Bà đang còn nghỉ làm để dưỡng thai?  Có  Không

9. Có ai không đi làm mà lãnh tiền từ những loại hình như liệt kê dưới đây không?

- An Sinh Xã Hội • Phụ Cấp An Sinh (SSI) • Thất nghiệp • Bảo hiểm bồi thường công nhân
- Tiền nhận từ bạn bè/người thân • Cấp dưỡng nuôi con (*liệt kê tên trẻ và người nhận tiền*)
- Tiền cấp dưỡng sau ly hôn • Khác (*liệt kê bên dưới đây*)

Có – Điền bên dưới  Không – Sang Câu hỏi 10

**Cho chúng tôi thông tin về thu nhập của quý vị và chồng. Nếu quý vị dưới 19 tuổi, cho thông tin về thu nhập của bố mẹ (không nêu bố mẹ kế).**

Thu nhập của ai?	Thu nhập loại gì?	Thu nhập là bao nhiêu?  \$ _____	Kỳ lãnh tiền? <input type="checkbox"/> hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng
Thu nhập của ai?	Thu nhập loại gì?	Thu nhập là bao nhiêu?  \$ _____	Kỳ lãnh tiền? <input type="checkbox"/> hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng
Thu nhập của ai?	Thu nhập loại gì?	Thu nhập là bao nhiêu?  \$ _____	Kỳ lãnh tiền? <input type="checkbox"/> hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng
Thu nhập của ai?	Thu nhập loại gì?	Thu nhập là bao nhiêu?  \$ _____	Kỳ lãnh tiền? <input type="checkbox"/> hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng

10. Quý vị có bảo hiểm y tế không?  Có – Điền bên dưới  Không – Sang Câu hỏi 11

Tên chủ hợp đồng bảo hiểm \_\_\_\_\_ Ngày bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực \_\_\_\_\_

Tên và số điện thoại hãng bảo hiểm \_\_\_\_\_

Số hợp đồng bảo hiểm \_\_\_\_\_ Số nhóm bảo hiểm \_\_\_\_\_

Bảo hiểm bao trả cho? (đánh dấu tất cả những mục được áp dụng)  Bệnh viện  Bác sĩ  Thuốc  
 Nha khoa  Cấp cứu  Thai sản  Kế hoạch hóa gia đình

Bảo hiểm này mua qua một việc làm?  Có  Không Nếu có, nêu tên sở làm: \_\_\_\_\_

11. Quý vị sẽ có thể được mua bảo hiểm cho em bé mới sinh của mình hay không?

Có  Không

12. Quý vị có cần bảo hiểm Medicaid trả cho các hóa đơn tiền thuốc (đã trả hoặc chưa trả) của bất cứ tháng nào trong 3 tháng vừa qua không?  Có – Điền bên dưới  Không – Sang Câu hỏi 13

Những tháng nào? \_\_\_\_\_

**13. Có ai chi trả cho việc trông trẻ hoặc chăm sóc người trưởng thành bị khuyết tật để có thể làm việc hoặc để được đào tạo không?  Có – Điền dưới đây  Không – Sang Câu hỏi 14**

Tên của người nhận sự chăm sóc \_\_\_\_\_

Người chi trả cho việc chăm sóc? \_\_\_\_\_

Trả bao nhiêu? \_\_\_\_\_ Kỳ hạn trả? \_\_\_\_\_

Có sự hỗ trợ chi trả nào không?  Có – Bao nhiêu? \_\_\_\_\_  Không

Tên của dịch vụ Chăm Sóc Ban Ngày hoặc Người chăm sóc \_\_\_\_\_

Số điện thoại (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**14. Có ai trong nhà quý vị trả tiền cấp dưỡng nuôi còn hoặc cấp dưỡng sau ly hôn theo án lệnh của tòa án không?  Có – Điền bên dưới  Không – Sang Câu hỏi 15**

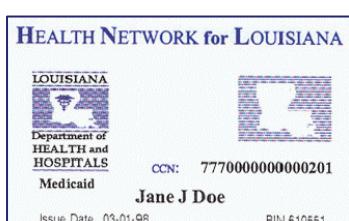
Tên người chi trả \_\_\_\_\_

Trả bao nhiêu? \_\_\_\_\_ Kỳ hạn trả? \_\_\_\_\_

**15. Quý vị đã bao giờ nhận bảo hiểm LaMOMS hoặc Medicaid ở Louisiana chưa?**

Có – Trả lời Câu hỏi bên dưới  Không – Sang Câu hỏi 16

*Nếu quý vị vẫn còn thẻ nhựa Medicaid, quý vị vẫn có thể dùng tiếp thẻ đó nếu quý vị lại hội đủ điều kiện. Chúng tôi sẽ không gửi cho quý vị thẻ mới trừ phi quý vị yêu cầu.*



Quý vị có cần thẻ nhựa Medicaid mới không?  Có  Không

**16. Quý vị đã bao giờ nhận Phụ Cấp An Sinh chưa (SSI)?  Có  Không**

**17. Quý vị có hay đã bao giờ có bảo hiểm Medicare chưa?**

Có  Không

*Thẻ Medicare trông như hình bên.*



**Đây là phần cuối của đơn.  
KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY**

Bằng cách ký vào đơn này tôi cho phép Tiểu bang Louisiana và các nhân viên tiểu bang tiếp xúc để xác minh thông tin cung cấp trong đơn này. Dưới hình phạt cho sự khai man trước tòa, tôi chứng nhận rằng tất cả thông tin mà tôi cung cấp là đúng sự thật. Tôi cũng công nhận rằng tôi đã nhận và đọc phần Quyền và Trách nhiệm trong trang kê tiếp.

 Kí tên quý vị ở đây: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**Gửi đơn đã điền của quý vị tới:  
LaMOMS  
P.O. Box 91278  
Baton Rouge, LA 70821-9278  
FAX: 1-877-523-2987**

## QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ

Lưu trang này trong hồ sơ của quý vị.

### MEDICAID CÓ QUYỀN MONG ĐỢI ĐIỀU GÌ Ở QUÝ VỊ

**QUỐC TỊCH VÀ TÌNH TRẠNG DI TRÚ:** Quý vị công nhận rằng thông tin về tình trạng công dân và di trú được cung cấp trên đơn này là chính xác và đúng sự thật.

**KHAI SỰ THẬT:** Quý vị công nhận rằng thông tin được cung cấp trên đơn này là chính xác và đúng sự thật. Quý vị hiểu rằng nếu quý vị có tình cung cấp thông tin không đúng HOẶC nếu quý vị có tình không thông báo những thông tin mà quý vị biết, thì quý vị có thể nhận được các phúc lợi y tế mà quý vị không được phép nhận. Nếu điều này xảy ra, quý vị có thể bị trừng phạt theo luật pháp về tội gian lận. Ngoài ra, quý vị cũng có thể phải trả lại tiền cho Medicaid về những hóa đơn được thanh toán nhầm.

**XÁC NHẬN THÔNG TIN:** Quý vị hiểu rằng thông tin mà quý vị cung cấp về bản thân quý vị sẽ được kiểm tra. Quý vị đồng ý trợ giúp cho việc đó và cho phép Medicaid nhận thông tin cần thiết từ các cơ quan chính phủ khác, cơ quan, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và những đơn vị khác.

**SỐ AN SINH XÃ HỘI:** Quý vị hiểu rằng số An sinh Xã hội chỉ được sử dụng để nhận thông tin từ các cơ quan chính phủ khác để quyết định về sự hội đủ điều kiện cho quý vị nộp đơn đăng ký Medicaid.

**THANH TOÁN CHĂM SÓC Y TẾ BỞI BÊN THỨ BA:** Quý vị hiểu rằng bằng cách chấp nhận Medicaid, Cơ quan này có quyền nhận tiền mà quý vị thanh toán từ những nguồn khác như thanh toán bảo hiểm hoặc giải quyết kiện tụng cho những dịch vụ mà Medicaid đã thanh toán cho quý vị.

**BÁO CÁO CÁC THAY ĐỔI:** Quý vị đồng ý thông báo cho Medicaid biết trong vòng 10 ngày các thay đổi: 1) di chuyển ra khỏi tiểu bang; 2) có thay đổi về địa chỉ nhà hoặc hòm thư; và 3) có bất cứ thay đổi nào về bảo hiểm và phí bảo hiểm y tế của quý vị.

**ĐIỀU LUẬT VỀ CẤP DƯỠNG NUÔI CON:** Quý vị hiểu rằng Medicaid sẽ chỉ gửi thông tin vụ việc cho Bộ Phận Thi Hành Cấp Dưỡng Nuôi Con để hỗ trợ về mặt y tế nếu quý vị yêu cầu.

### QUÝ VỊ CÓ QUYỀN YÊU CẦU ĐIỀU GÌ TỪ MEDICAID

**QUYỀN ĐƯỢC YÊU CẦU GIẢI THÍCH CÔNG BẰNG:** Quý vị hiểu rằng quý vị có thể yêu cầu một cuộc Điều trần Công bằng nếu quý vị nghĩ rằng quyết định cho một trường hợp là không công bằng, sai, hoặc đưa ra quá muộn.

**KHÔNG PHÂN BIỆT:** Quý vị hiểu rằng Medicaid không thể phân biệt đối xử với quý vị vì màu da, chủng tộc, giới tính, tuổi tác, sự tàn tật, tôn giáo, quốc tịch hay quan điểm chính trị của quý vị. Nếu quý vị nghĩ rằng có trường hợp như vậy, quý vị có thể gọi Văn phòng Dân quyền Khu vực của DHHS Hoa Kỳ tại Dallas, TX theo số 1-800-368-1019 hoặc gửi thư cho Bộ Y tế & Bệnh viện, Phòng Nhân lực của tiểu bang Louisiana tại P. O. Box 4818, Baton Rouge, LA 70821-4818.

**CÁC DỊCH VỤ KHÁC:** Quý vị hiểu rằng thông tin về WIC, KIDMED, và các dịch vụ khác của Medicaid sẽ được gửi cho quý vị nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận Medicaid.

### Những tài liệu chứng minh quý vị cần phải gửi cho chúng tôi

*Nếu quý vị hoặc gia đình có bất cứ tài liệu nào trong số này, hãy gửi bá sao những tài liệu đó.  
Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị không thể lấy những tài liệu này. Chúng tôi có thể giúp đỡ.*

Bản sao các thẻ bảo hiểm y tế của quý vị (mặt trước và sau).

**Nếu quý vị không phải công dân Hoa Kỳ,** gửi cho chúng tôi bản sao Thẻ Thường Trú Nhân (thẻ xanh) của quý vị hoặc các mẫu đơn khác từ Cơ Quan Di Trú và Công Dân Hoa Kỳ.

**Nếu quý vị không sinh ở Louisiana,** gửi cho chúng tôi bằng chứng xác nhận Tình Trạng Công Dân Hoa Kỳ như giấy khai sinh, giấy chứng sinh, Hộ Chiếu Hoa Kỳ, hoặc giấy xác nhận con nuôi. *Nếu quý vị không có bất cứ giấy tờ nào như trên, hãy hỏi chúng tôi về những giấy tờ khác quý vị có thể sử dụng.*

Chứng thực về thu nhập của quý vị, của chồng quý vị, hoặc nếu quý vị dưới 19 tuổi, thì là thu nhập của cha mẹ quý vị. Gửi cuốn phiếu lương của tháng trước có ghi tổng mức lương (trước thuế), một bức thư từ sở làm, nếu là tự làm chủ, hãy gửi các bản sao của các giấy tờ khai thuế của năm ngoái và tất cả các bản kê khai đi kèm. Các ví dụ chứng thực về thu nhập không phải do đi làm có thể là thư khen thưởng, hoặc thư của bạn bè hay người thân cung cấp tiền cho quý vị hoặc gia đình quý vị.

Xác nhận của trung tâm Chăm Sóc Ban Ngày về việc chi trả dịch vụ chăm sóc trẻ. Xác nhận của người chăm sóc về việc chi trả cho dịch vụ chăm sóc người trưởng thành.

Lệnh của tòa án và bằng chứng về cấp dưỡng sau ly hôn hoặc cấp dưỡng nuôi con cho người ngoài gia đình. *Nếu trả thông qua Phòng Cưỡng Chế Thi Hành Cấp Dưỡng Nuôi Con của bang Louisiana (SES), quý vị không cần phải gửi xác nhận – chỉ cần cho chúng tôi biết.*

Nếu quý vị yêu cầu LaMOMS/Medicaid chi trả cho ba tháng trước khi nhận bảo hiểm, hãy gửi bằng chứng về thu nhập của các tháng đó cho chúng tôi.

## CÁC SỐ ĐIỆN THOẠI QUAN TRỌNG

	SỐ ĐIỆN THOẠI	ĐIỆN VĂN TTY
LaMOMS	1-888-342-6207	1-800-220-5404
EPSDT (khám lâm sàng trước khi sinh, kế hoạch hóa gia đình, giúp đỡ tìm Bác Sĩ Chăm Sóc Chính)	1-800-359-2122	1-877-544-9544
CommunityCARE (để yêu cầu thay đổi bác Sĩ chăm sóc chính)	1-800-259-4444	1-877-544-9544
Hỗ trợ giới thiệu bác sĩ	1-877-455-9955	
Các dịch vụ của Medicaid	1-888-342-6207	
Chương trình Nha khoa	1-800-251-2229	
Vận chuyển (để yêu cầu vận chuyển không khẩn cấp – gọi trước ít nhất 48 giờ)	1-800-259-1944	
Đường dây nóng Y tá tư vấn hoạt động 24 giờ (CommunityCARE)	1-866-529-1681	
Thay Thẻ Medicaid	1-800-834-3333	

## NHỮNG SỐ ĐIỆN THOẠI QUAN TRỌNG

LaMOMS – bảo hiểm Medicaid cho phụ nữ mang thai	<a href="http://www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov">www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov</a>
LaCHIP – bảo hiểm Medicaid dành cho Trẻ em	<a href="http://www.LaCHIP.org">www.LaCHIP.org</a>
Các chương trình khác của Medicaid	<a href="http://www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov">www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov</a>
Tìm bác sĩ chấp nhận bảo hiểm Medicaid	<a href="http://www.La-CommunityCare.com">www.La-CommunityCare.com</a>
KIDMED & CommunityCARE	<a href="http://www.La-KidMed.com">www.La-KidMed.com</a>
Xin gia hạn bảo hiểm Medicaid	<a href="http://www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov">www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov</a>

**LƯU TRANG NÀY TRONG HỒ SƠ CỦA QUÝ VỊ**